

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

262

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Cécile Marie ULRICH

Née le 28 Octobre 1911, à MONTREUIL-SOUS-BOIS (Seine)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

VALEUR DES COURBES THERMIQUE,
PONDÉRALE ET BACILLOSCOPIQUE,
ÉTUDIÉES CONJOINTEMENT, POUR LE PRONOSTIC
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE
DE L'ADULTE

Président : M. F. BEZANÇON, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Cécile Marie ULRICH

Née le 28 Octobre 1911, à MONTREUIL-SOUS-BOIS (Seine)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

VALEUR DES COURBES THERMIQUE,
PONDÉRALE ET BACILLOSCOPIQUE,
ÉTUDIÉES CONJOINTEMENT, POUR LE PRONOSTIC
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE
DE L'ADULTE

Président : M. F. BEZANÇON, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		LÉON BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAM.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		N...
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-
		LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée		FLEISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		CHIRAY.
Clinique médicale		LOEPER.
		CARNOT.
		Marcel LABBE.
		CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE.
		CUNEO.
Clinique chirurgicale		GOSSET.
		GREGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique		MARION.
		LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements		COUVELAIRE.
		JEANNIN.
Clinique gynécologique		MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		Pierre DUVAL
Clinique propédeutique		VILLARET.
Clinique de la Tuberculose		BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		MATHIEU.
Clinique cardiologie		LAUBRY.
Assistance médico-sociale		CROUZON.
Professeurs sans chaire		HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES
BENARD Henri.	Pathologie médicale.	Pathologie chirurgicale
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	DE GENNES ...
BESANÇON (J.).	Hydrologie.	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	GAYET
BULLIARD	Histologie.	GIROUD
CATHALA	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...
COSTE	Pathologie médicale.	HALPHEN ...
CHEVALIER	Pathologie médicale.	HAZARD
FEY	Urologie.	HUGUENIN ...
DOGNON	Physique.	JOANNON ...
FUNCK-ERENTANO	Pathologie chirurgicale.	LACOMME ...
GAILLARD	Parasitologie.	LANTUEJOUL ...
GASTINEL	Bactériologie.	LAROCHE Guy.
		LELONG
		Pathologie médicale.
		Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophtalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
LEROUX	Anatomie pathologique
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
RRULE	
CPABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY-	
RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCO	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ ...	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A MON FRERE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Médecin de l'Hôpital Laënnec

Professeur de Clinique de la Tuberculose

Membre de l'Académie de Médecine

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage de mon admiration et de ma respectueuse reconnaissance.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE BERNARD
Médecin de l'Hôpital de la Salpêtrière

Qui m'a inspiré ce travail, qui m'a guidée dans son étude, et dont l'enseignement m'a été si profitable.

Qu'il trouve ici l'expression de toute ma gratitude et de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HOVELACQUE

Professeur d'Anatomie

à la Faculté de Médecine de Paris

Qui, m'ayant accueillie la première année dans son laboratoire, n'a cessé de me témoigner la plus grande bienveillance pendant toute la durée de mes études.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR BRECHOT

1933-1934

MONSIEUR LE DOCTEUR BOIDIN

1934-1935

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE

1935-1936 (1^{er} semestre)

MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT

1935-1936 (2^e semestre)

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNE

1936-1937 (1^{er} semestre)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE BERNARD

1936-1937 (2^e semestre)

MONSIEUR LE DOCTEUR PRUVOST

1937-1938

INTRODUCTION

Depuis toujours les cliniciens avaient remarqué la gravité de la tuberculose pulmonaire en présence d'une hyperthermie continue ou d'un poids constamment déficitaire.

Après la découverte de Koch ils pouvaient noter également la gravité de la maladie en présence d'une expectoration bacillifère à chaque examen.

Ces trois notions: poids, température, bacilloscopie positive ou négative sont les trois piliers sur lesquels s'appuie le pronostic de la phtisie.

Il est bien évident que les signes physiques et au premier chef l'examen radiologique ont pareillement une valeur de premier plan. Il est de notion bien établie, par exemple, qu'une extension ou, au contraire, une rétrocession des lésions observées sur des radiographies successives, aura une valeur pronostique de premier ordre.

Suivant les auteurs on a accordé une valeur pronostique plus ou moins grande à l'un ou l'autre de ces trois éléments: poids, température, bacilloscopie.

Nous désirons montrer tout d'abord que l'on ne saurait s'en tenir à un seul de ces éléments pour avoir une idée nette et précise de l'évolution des

lésions. D'ailleurs, bien souvent, les renseignements que nous fourniront ces éléments seront discordants.

Par exemple:

Tel sujet a une expectoration non bacillifère, mais sa température est anormale, son poids déficitaire.

Tel autre sujet a une courbe thermique normale, un poids en augmentation, mais les bacilles persistent dans les crachats.

Tel sujet, encore, a un poids en accroissement, mais cependant sa température n'est pas normale, et le B.K. est retrouvé sur les lames.

Puis nous voulons essayer de montrer que, pour poser un pronostic après une poussée évolutive, il faut que ces trois éléments marchent de pair.

Si l'un d'eux est défailant le pronostic sera réservé, même si les deux autres donnent satisfaction

Nous étudierons tout d'abord les renseignements que nous donne, au point de vue pronostic, l'évolution de chacun de ces trois éléments: poids, température, bacilloscopie, pris isolément.

Puis la valeur pronostique de ces trois éléments associés, suivant que leur évolution se fait:

1° soit dans le même sens: favorable ou défavorable;

2° soit dans des sens opposés: un ou deux de ces éléments évoluant favorablement alors que l'autre ou les deux autres sont défavorables.

Valeur pronostique de la courbe bacilloscopique

Depuis la découverte du bacille de Koch la valeur pronostique que l'on peut retirer de sa présence ou de son absence a fait le sujet de nombreuses discussions.

Mettant à l'écart les problèmes soulevés par son aspect morphologique, par sa qualité, sa quantité, nous ne l'envisagerons que suivant les deux angles suivants:

Bacilloscopie positive,

Bacilloscopie négative.

Le diagnostic de la tuberculose a fait un pas considérable depuis les découvertes de Koch. En effet, s'il n'existait aucune hésitation en face du tuberculeux amaigri, cachectique même, que l'on retrouve dans les descriptions classiques, la découverte du bacille a fait entrer dans le cadre de la phtisie bon nombre de malades à aspect normal et même floride et qui, vivant d'une existence normale, étaient loin d'être suspectés comme agents contaminateurs.

C'était le cas de la plupart des tuberculeux florides, des tuberculeux gras, étiquetés le plus souvent.

s'ils présentaient quelques troubles pulmonaires : emphysémateux, bronchitiques chroniques.

La valeur de la bacilloscopie, au point de vue diagnostique, est reconnue comme extrêmement importante et non discutée, permettant, par le dépistage des cracheurs valides de bacilles, leur isolement ou tout au moins leur retrait d'un milieu infantile infiniment sensible.

La valeur de la bacilloscopie au point de vue pronostic mérite d'être analysée.

Mettons à part les cas de tuberculose aiguë, qui n'entrent pas dans le cadre de cette étude et qui amènent l'échéance terminale alors qu'aucun examen de crachats ne s'est révélé positif, comme c'est le cas par exemple dans certaines granulies qui tuent, alors que l'expectoration est demeurée jusqu'au bout abacillaire.

A l'opposé de ces formes graves à bacilloscopie négative, nombreux sont évidemment les cas où la bacilloscopie est positive, sans pour cela permettre de poser un pronostic de gravité.

C'est le cas de nombreuses tuberculoses bénignes, tuberculose des phthisiques gras, certaines formes de tuberculose fibreuse, qui s'accompagnent constamment d'une expectoration bacillifère, positivité dont la constatation n'entraîne nullement un pronostic fatal, tout au moins à échéance rapprochée.

Aussi certains auteurs ont-ils discuté la valeur pronostique à accorder au résultat des examens de crachats, s'appuyant sur ces deux constatations :

D'une part existence de tuberculoses graves, évoluant vers la mort et dans lesquelles les examens de crachats se sont constamment montrés négatifs;

D'autre part existence de tuberculoses compatibles avec la vie, et même avec une vie normale, alors qu'une bacilloscopie constamment positive révèle une activité certaine, bien que très atténuée du processus lésionnel.

Pour ces auteurs la bacilloscopie positive n'est que le témoignage de l'ouverture des lésions dans les bronches, sans qu'on puisse en tirer un pronostic.

Pour d'autres, au contraire, la valeur pronostique de la bacilloscopie n'est pas discutable.

Mantoux, en 1918, écrit que la différence de pronostic entre les tuberculoses fermées et les tuberculoses ouvertes est considérable. Il donne la statistique suivante:

50 % de tuberculeux à lésions ouvertes

et 20 % de tuberculeux à lésions fermées ont succombé quelques années après leur départ du sanatorium.

De même Burnand lie le pronostic de la tuberculose à la fièvre d'une part, et au caractère ouvert ou fermé des lésions, donnant à ce dernier la place dominante, et, dans sa statistique, donne les chiffres suivants:

tuberculeux à lésions fermées : 234; décès: 12

tuberculeux à lésions ouvertes: 376; décès: 100

dans le même laps de temps.

La présence de bacilles de Koch semble donc avoir

une valeur pronostique considérable, en particulier chez les malades atteints de cavernes.

Jusqu'à Laënnec on pensait que la période des cavernes était uniquement celle de la cachexie, c'est-à-dire, en fait, la phase préagonique.

L'auscultation d'abord, la radiologie ensuite et d'une façon décisive, nous ont fait connaître la multiplicité des cavernes, leur précocité et leur existence fréquente en dépit d'un état général satisfaisant.

En effet, dans le cas d'atteinte de l'état général, de fièvre, d'amaigrissement, il semble qu'il faille attribuer, comme le dit Fourès dans sa thèse, ces signes généraux à la présence des lésions environnantes :

« Une caverne peut s'agrandir, dit-il, sans cesser d'être apyrétique; une caverne isolée au sein d'un parenchyme sain n'empêche pas le malade d'engraisser. »

Aussi ce qui bien souvent vient signer l'évolution tuberculeuse, ce sera la présence de B.K. dans l'expectoration, recherche qu'il sera parfois nécessaire d'effectuer soit après lavage gastrique, soit dans les selles.

Après traitement, après collapsothérapie en particulier, la persistance d'une expectoration bacillifère indique que la lésion reste un foyer plus ou moins en activité :

« Toute caverne est une lésion active et l'expectoration bacillifère apparaît et disparaît avec elle », écrit Buc dans le *Bulletin Médical*.

Le pronostic sera donc facteur de cette continuité de la bacilloscopie positive; même si l'expectoration dimine, les examens des crachats restant positifs, le pronostic restera réservé.

De plus, une expectoration bacillifère entretient une menace continue de dissémination.

Au contraire, la diminution progressive de l'expectoration, puis la disparition des B.K. est un excellent signe de début de guérison, puis de mise au repos, voire de cicatrisation de la lésion.

Mais la cicatrisation parfaite étant très longue à obtenir, d'autant plus longue, semble-t-il, que les examens ont été plus longtemps positifs, parfois il pourra y avoir reprise du processus évolutif et ulcératif, qui sera le plus souvent signée par une réapparition des B.K.

M. Guinard, dans les conclusions de sa thèse, a donné une loi de survivance des malades ayant été bacillifères. D'après lui il semble qu'il faille noter un nombre d'années de survie qui soit, dans la majorité des cas, inversement proportionnel au nombre d'examens positifs de crachats, notés au cours d'analyses régulièrement et fréquemment répétées.

Il ne trouve au bout de dix ans que 25 % de survivants et 18 % au bout de vingt ans parmi les malades ayant eu à un moment ou à un autre une bacilloscopie positive.

EN RÉSUMÉ: S'il existe des tuberculoses graves, évoluant vers la mort et n'ayant jamais donné d'expectoration bacillifère;

Si, à l'opposé, on rencontre des phtisiques à aspect floride ou sans qu'aucun autre indice que la bacilloscopie positive prouve l'activité lésionnelle, réalisant ainsi de véritables cracheurs valides de bacilles,

Il n'en est pas moins vrai que, dans le plus grand nombre des cas, le pronostic peut être en grande partie posé sur la bacilloscopie.

Au début elle apporte la signature de la maladie.

Si l'expectoration continue à être positive pendant les périodes qui suivent et parfois malgré un traitement collapsothérapique, c'est que la lésion continue à être active, créant un foyer de dissémination toujours possible, en dehors de la gravité de la lésion elle-même.

Au contraire, si au bout d'un certain temps les bacilles deviennent plus rares, plus difficiles à trouver, et qu'il faille recourir à l'homogénéisation, et que celle-ci, à son tour, devienne négative, le pronostic deviendra infiniment plus favorable.

Il est bien évident que les lésions ne se cicatrisant que lentement, une reprise du processus est possible. avec réapparition, le plus souvent, d'une expectoration bacillifère.

Mais si de nombreux examens sont négatifs, s'échelonnant sur une période assez longue, il sera permis d'espérer que le foyer est éteint et que la cicatrisation se fait.

En conclusion: l'étude de la courbe bacilloscopique a une importance considérable au point de vue du

pronostic. Celui-ci sera nettement favorable si l'on constate, chez un individu ayant eu des bacilles dans les crachats, une diminution de ceux-ci, puis leur disparition, disparition qui, naturellement, devra être confirmée à plusieurs examens successifs.

Valeur pronostique de la courbe thermique

L'étude de la fièvre dans la tuberculose est capitale. Elle donne des renseignements sur la marche, sur la rapidité d'évolution et sur la gravité du processus.

C'est avant tout un test d'activité lésionnelle. C'est, de plus, un excellent élément de pronostic.

Les courbes de température peuvent prendre des aspects infiniment variés. Allant de l'apyrexie à l'hecticité, donnant des courbes régulières ou, au contraire, complètement désarticulées, ces courbes ont été étudiées dans les thèses de Roussy, de Puy, les travaux de Burnand, les importantes études du Professeur F. Bezançon.

1° *Apyrexie:*

La fièvre, en effet, n'est pas un symptôme nécessaire de la tuberculose.

Certaines formes, même mortelles, sont très longtemps apyrétiques. C'est le cas des formes fibro-cachectisantes pouvant évoluer sans aucun signe général; de même c'est le cas aussi des tuberculoses insidieuses de certains diabétiques.

On trouve également une apyrexie complète chez

un certain nombre de malades ayant une caverne certaine, donnant des images nettes aux rayons, mais isolée dans un parenchyme sain.

D'ailleurs, pour Buc, Fourès, il n'y a pas de signes thermiques si la caverne est isolée dans un parenchyme sain et, dans ce cas, on aurait affaire le plus souvent à des formes à tendance fibreuse.

En dehors de ces faits l'apyrexie caractérise avant tout les formes légères à lésions lentement évolutives.

C'est donc un signe de pronostic généralement favorable; l'évolution est toujours lente et souvent stationnaire.

A côté de cette apyrexie constante il existe la classique apyrexie qui sépare deux poussées évolutives (F. Bezançon et B. de Serlonnes).

2° *Formes subfébriles:*

Dans ces formes la température ne dépasse pas 38°-38°2 le soir, mais reste normale le matin.

Dans les autres formes où la fébrilité est nette, on reconnaît de nombreux types à tracé régulier ou non.

TRACÉS RÉGULIERS

3° *Fièvre continue en plateau:*

Les oscillations dans cette forme ne dépassent pas 1 degré.

Le pronostic est grave, souvent mortel. Elle est fréquemment l'indice d'infiltration pneumonique en voie d'extension.

On peut également la trouver intercalée au milieu des oscillations d'une fièvre hectique annonçant: soit une complication terminale, soit l'extension d'un processus isolé à toute l'étendue d'un poumon.

4° *Fièvre rémittente:*

Dans cette forme la température matinale s'abaisse, sans atteindre la normale. C'est en quelque sorte une atténuation de la température à type continu, mais comme cette dernière elle est d'un mauvais pronostic, signant une tendance extensive du processus.

De plus elle précède souvent de peu la fièvre hectique.

5° *Fièvre hectique ou à grandes oscillations.*

Le tracé, dans ce cas, indique une température matinale peu élevée, normale ou même inférieure à la normale, et un décalage énorme de 2 à 4 degrés pour la température vespérale.

On rencontre cette forme de courbe à la période d'ulcérations parenchymateuses intenses, de nécroses tissulaires; elle est accompagnée de tous les signes: frisson, sueur, B.K. en grande abondance, et souvent même d'autres localisations tuberculeuses: laryngite, entérite, etc...

Cet ensemble de signes permet de prévoir une issue fatale et rapide.

A côté de ces grandes oscillations de la fièvre hectique de pronostic fatal existent celles de la fièvre intermittente bien loin d'avoir la même signification pronostique.

6° *Fièvre intermittente bénigne de Weill et Roussy:*

Si l'évolution doit être favorable, les oscillations ont une marche régulière et une tendance générale et insensible à l'apyrexie.

En tout cas, la température vespérale s'établit sans frisson, sans céphalée, sans sueurs.

7° *Fièvre inverse:*

La température est plus élevée le matin que le soir, ce qui constitue, pour beaucoup d'auteurs, un signe de mauvais pronostic.

A la période de cachexie la courbe est totalement irrégulière avec alternances d'hypothermie, de clochers à 40°, de type inverse: parfois la température est normale au moment de la mort, mais le plus souvent c'est un collapsus hypothermisant qui termine la maladie.

8° *Formes à variations irrégulières.*

Elles sont infiniment pénibles pour le malade, non pas toujours par l'intensité de la fièvre, mais par les variations incessantes, par les lésions diffuses qu'elles traduisent, qui épuisent le malade.

L'évolution est assez longue, mais le pronostic est réservé.

9° *Fièvre périodique ondulante (Weill, Roussy, Mantoux, Burnand):*

Caractérisée par des poussées thermiques récidivant indéfiniment, cette fièvre a un aspect bien particulier.

Ces poussées ont une durée de huit à quinze jours approximativement; elles sont sensiblement égales

entre elles, tant par leur durée que par leur intensité à peu près semblable.

Chaque poussée est séparée de la suivante par une phase de défervescence plus ou moins longue.

Cette période intercalaire a souvent la même durée que la période fébrile, dessinant une courbe inverse. L'ascension et la descente se font en lysis.

Il semble qu'à chaque ondulation correspond une poussée évolutive du processus tuberculeux et une extension des lésions.

Cette poussée, cependant, semble assez atténuée, mais évolue, pour de Serbonnes, sur un terrain « à mauvaises réactions organiques ».

L'infection est tenace, favorisée par l'insuffisance du processus de défense de l'organisme.

Le pronostic dépend de l'élévation thermique, de l'aspect des lésions. Plus la fièvre sera haute, plus seront rapprochées les poussées et plus le pronostic sera mauvais.

Nous voyons donc que l'étude de la courbe thermique est infiniment délicate et intéressante au point de vue pronostic.

En effet, si nous avons vu la possibilité, pour certaines lésions graves, d'évoluer sans fièvre, il n'en est pas moins vrai que l'apyrexie est en général un facteur d'excellent pronostic.

Plus importante encore est la constatation d'une apyrexie succédant à une courbe thermique plus ou moins élevée (F. Bezançon).

Ce retour à la température normale peut se faire soit rapidement, comme par exemple après une colapsothérapie efficace, soit doucement par paliers ou plus souvent par une courbe insensiblement descendante.

Dans ce cas le pronostic immédiat est bon, car ce retour plus ou moins rapide à la normale, et la phase d'apyrexie consécutive, indiquent un arrêt dans le processus évolutif.

La fièvre est un test certain d'activité, et ainsi que l'a écrit Léon Bernard :

« Une lésion tuberculeuse au repos est apyrétique et, au contraire, une tuberculose accompagnée de fièvre, même légère, doit être considérée comme en activité. Et, jusqu'à un certain point, plus la tuberculose est fébrile, plus elle est grave ».

Si cette apyrexie persiste longtemps, même si la courbe thermique antérieure était très élevée, nous sommes donc autorisée à considérer qu'il y a un arrêt dans le processus évolutif.

Au contraire, si malgré le repos, la cure, le traitement, la température persiste, et à plus forte raison si elle s'élève, c'est que les lésions, malgré la thérapeutique, restent actives, ne permettant pas de poser un pronostic de sécurité.

Dans sa thèse, Urbain Guinard précise que les bacillaires qui survivent le moins sont ceux qui présentent le plus d'accès fébriles, intermittents ou continus.

EN RÉSUMÉ: Si la courbe thermique se maintient élevée, sans rémissions, le pronostic est très grave.

Au contraire, si après une période de fièvre plus ou moins intense la courbe thermique tend à baisser, puis revient à la normale, et y reste, nous serons autorisée à poser un pronostic plus favorable et à affirmer que la lésion est au repos, acheminement possible vers la guérison.

Valeur pronostique de la courbe pondérale

Depuis Arétée de Cappadoce les auteurs classiques ont donné du phtisique une description dramatique.

Il est toujours représenté comme un sujet cachectique, aux yeux excavés, aux pommettes saillantes, aux os décharnés: ce qui, pour nous, est l'image du tuberculeux cavitaires arrivé presque au terme final.

Aussi, pendant bien des années on n'aurait jamais pu concevoir qu'un homme à poids normal, ou même obèse, put être atteint de tuberculose.

A l'heure actuelle, au contraire, depuis la découverte du bacille de Koch et le dépistage infiniment plus aisé des tuberculeux, nous savons combien sont fréquemment rencontrés des malades présentant l'aspect d'êtres bien portants, et même florides, menant une vie normale, travaillant sans lassitude, et pourtant disséminant dans leur entourage de nombreux bacilles.

Cependant, malgré les diversités d'aspect que peut prendre la courbe de poids chez un tuberculeux, son étude présente un intérêt considérable, et peut être regardée comme un excellent élément de pronostic

En règle générale les tuberculeux, au début de leur maladie, maigrissent.

C'est même souvent un signe extrêmement précoce qui amène parfois à lui seul le malade à consulter.

Ce malade, qui a subi une perte de poids, infiniment variable d'ailleurs, va réagir différemment à la cure de repos, à la thérapeutique.

C'est l'évolution des courbes de pesée que nous allons étudier, évolution qui, pendant des années, a été considérée comme ayant une valeur pronostique de premier plan, par un grand nombre de cliniciens.

Ceux-ci estimaient que l'engraissement est un facteur primordial de la guérison, d'où cures de suralimentation intensive, qui effectivement amenaient une grosse augmentation de poids. Mais l'avenir a prouvé que ces augmentations de poids, en quelque sorte artificielles, ne se sont pas maintenues le plus souvent et qu'il n'a pas été possible de considérer cet engraissement factice comme élément de bon pronostic, d'autant plus que cette suralimentation était souvent à la base de troubles digestifs.

Cependant, bien qu'ayant perdu son rôle de premier plan, la courbe de pesée ne présente pas moins un grand intérêt.

Le plus souvent un malade amaigri qui entre à l'hôpital ou au sanatorium engraisse au début.

C'est un fait constaté depuis longtemps. Ainsi Letulle écrivait, en 1908, dans la *Presse Médicale*:

« A quelque période de leur maladie que les tuber-

culeux soient arrivés à l'hôpital, du moment qu'ils sont encore valides et quelque peu appétents, ils augmentent de poids dans les trois ou quatre premières semaines de leur séjour.

« La misère qu'ils quittent, le repos, la nourriture suffisante leur donnent à l'ordinaire un coup de fouet qui se caractérise par une ascension rapide, parfois même invraisemblable — quelquefois 7 ou 10 livres en deux ou trois semaines. »

De cette augmentation de poids considérée en elle-même on ne peut donc tirer aucun renseignement pronostic, puisqu'elle est à peu près générale.

On note cependant quelques exceptions, chez les femmes surtout, chez lesquelles il n'est pas rare d'avoir une chute de poids dans la première ou les deux premières semaines d'hospitalisation, chute de poids due en grande partie à des causes morales.

Dans la suite, au contraire, deux cas peuvent se présenter, suivant que la courbe sera descendante ou ascendante.

COURBES DESCENDANTES:

Après cet engraissement des premières semaines le poids peut rester stationnaire, en plateau. Puis des oscillations apparaissent, et peu à peu la descente pondérale se fait vers le poids initial et vers la déchéance terminale.

Cette diminution de poids est d'un très mauvais pronostic: car elle indique, si naturellement tous

les éléments adjuvants sont mis à l'écart (cardiaque, rénaux, etc...), un processus de tuberculose toujours en activité et une aggravation des lésions.

Pour Arthaud et Taillens le pronostic est fatal chez un malade qui a perdu un tiers de son poids normal.

Il faut ici faire une exception: c'est le cas où une courbe de poids est descendante après, par exemple un pneumothorax ou une autre thérapeutique active. On rencontre en effet cette chute pondérale au début d'un pneumothorax, même donnant un bon collapsus, et, dans ce cas, le pronostic ne sera pas assombri.

A l'opposé on se trouve en présence de courbes de poids ascendantes:

COURBES ASCENDANTES:

Ce sont celles que l'on rencontre le plus souvent chez les tuberculeux curables.

Au bout de quelques semaines le poids continu à s'élever et pour peu que l'accroissement pondérale se prolonge au delà de la huitième ou neuvième semaine, le pronostic deviendra infiniment plus favorable.

Après cette phase d'accroissement il est normal qu'un plateau s'établisse vers la dixième ou douzième semaine, par exemple.

On enregistre également des courbes ascendantes au lendemain d'une poussée évolutive arrêtée, ou à

la suite d'une intervention thérapeutique ou diététique.

Et, dans ce cas, il nous faut répéter que pour être de bon augure cet engraissement doit persister et, qu'au contraire, si le phénomène est éphémère et cède vite la place à une reprise de l'amaigrissement le pronostic sera défavorable.

Entre ces deux types schématiques, infiniment nombreux sont les malades qui présentent des courbes instables.

COURBES INSTABLES :

Même dans le cas où la courbe est légèrement ascendante dans son ensemble, si elle subit des oscillations étendues, le pronostic est variable, souvent réservé.

Cependant il est parfois possible de rapporter une chute pondérale à un accident temporaire: menstruation, troubles gastriques, etc...

Mais, au contraire, si cette chute de poids ne peut être mise que sur le compte d'une atteinte pulmonaire, elle signera souvent à l'avance, avant même toute augmentation des signes physiques, une reprise du processus évolutif ou une dissémination des lésions, en tout cas une aggravation.

La persistance d'un amaigrissement lent et continu témoignera d'une activité lésionnelle permanente et par conséquent grave.

A l'opposé il existe un grand nombre de malades

qui, tout en ayant une extension de leurs lésions, peuvent engraisser et atteindre même à l'obésité : ce sont les phtisiques gras, les phtisiques florides.

Car, depuis la découverte du B.K., phtisie, qui autrefois équivalait à consommation, englobe maintenant dans sa définition tout individu dont le parenchyme pulmonaire est envahi par des tubercules.

Tous les auteurs ont reconnu cette coexistence possible entre l'enbonpoint et des lésions tuberculeuses, même très accentuées, avec état général satisfaisant.

Bon nombre de ces tuberculeux sont des arthritiques, et souvent, du fait probablement du terrain spécial, la tuberculose revêt un aspect particulier. Souvent rien ne décèle chez ces malades l'atteinte tuberculeuse et rien ne permet de préjuger de l'étendue des lésions pulmonaires dont ils sont porteurs.

Parfois légèrement adipeux, quelquefois ils sont très gras, vivant une existence normale.

Sous l'effet du traitement ils augmentent de poids rapidement, et bien que l'affection revête une apparence plus ou moins réelle de bénignité, les lésions peuvent s'accroître.

Cependant l'évolution est en règle assez lente, coupée par des poussées inflammatoires, mais contre lesquelles ils réagissent assez bien, et après ces épisodes (souvent des hémoptysies) il y a un retour à la santé et une reprise de l'ascension du poids.

Ces lésions évoluent parfois durant de nombreu-

ses années; on cite des cas où l'évolution s'est échelonnée sur 30 et même 40 années.

De même chez les scrofuleux, la tuberculose revêt souvent une marche chronique.

Marfan disait: « Les lymphatico-scrofuleux deviennent rarement phthisiques. Lorsqu'ils le deviennent il est remarquable que la maladie est chez eux bénigne, silencieuse, lente dans son évolution, presque toujours apyrétique ».

L'état général est longtemps bon chez ces deux types de malades.

Beaucoup, en effet, de ces phthisiques gras meurent en pleine santé apparente. D'autres, au contraire, ont un état général qui périclité brusquement; ils perdent du poids avec une grande rapidité, leur appétit disparaît et ils meurent lentement après avoir perdu les masses adipeuses qui les caractérisaient.

EN RÉSUMÉ: En mettant à part ces formes où, malgré l'aggravation des lésions, il se produit un engraissement:

d'une part: une diminution de poids est presque toujours d'un pronostic réservé;

d'autre part: une augmentation de poids n'a de valeur pronostique favorable que si elle persiste au delà de plusieurs semaines.

Mais, dans ce cas, les lésions pulmonaires ne rétrocedent pas immédiatement, il s'en faut, et déjà depuis longtemps le poids est redevenu normal alors que la guérison locale est à peine commencée. Ce

n'est souvent que longtemps après que l'on assistera à la rétrocession lente des lésions.

On voit donc que la courbe pondérale est intéressante à considérer, mais qu'à elle seule elle ne peut permettre de poser un pronostic solide et ne représente souvent qu'un complément de renseignements.

Etude de nos observations, compte tenu des trois éléments, poids, température, bacilloscopie

Nous avons montré que, malgré le grand intérêt qu'il y a à étudier l'évolution des courbes de poids, de température, de bacilloscopie, aucun de ces éléments pris isolément ne nous permet de poser un pronostic précis.

De plus, bien souvent, si nous examinons les résultats fournis par chacun de ces éléments, séparément, nous nous trouverons en présence de données divergentes.

Au contraire, pouvons-nous espérer recueillir des renseignements diagnostiques plus précieux en considérant ces éléments non plus séparément, mais parallèlement. Ce sera le but de notre étude.

Plusieurs cas peuvent se rencontrer, suivant que les courbes de poids, de température, de bacilloscopie évolueront toutes trois dans un même sens favorable ou défavorable, ou dans des sens opposés.

I. — EVOLUTION DES COURBES DE POIDS, DE TEMPERATURE, DE BACILLOSCOPIE DANS UN MEME SENS

Nous trouverons deux possibilités, suivant que l'évolution se fera dans un sens défavorable ou favorable. Voyons tout d'abord le premier cas:

A - Evolution des trois éléments dans un sens défavorable

Nous nous arrêterons peu à cette forme infiniment fréquente et banale.

Voici un malade qui arrive dans un service, présentant les symptômes suivants:

- une température élevée;
- une bacilloscopie positive;
- un amaigrissement marqué.

Si, ayant mis le malade au repos, ayant institué une thérapeutique adéquate, nous voyons ces éléments persister dans leur évolution défavorable,

la température restant anormale, ou devenant plus élevée, irrégulière,

la bacilloscopie se révélant constamment positive à chaque examen, la persistance de l'amaigrissement,

il semble que nous puissions porter un pronostic très grave, parfois fatal.

Il peut s'agir soit d'un tuberculeux au début, présentant une tuberculose grave d'emblée *avec évolution d'une seule tenue* (1) ; soit au contraire d'un tuberculeux plus ou moins ancien, qui fait une poussée évolutive. Souvent dans ce dernier cas, par l'interrogatoire, par les observations, nous retrouvons l'existence de poussées évolutives antérieures, semblables à première vue à cette dernière, mais au cours desquelles l'influence du repos, la thérapeutique, ont amené la rétrocession plus ou moins rapide des symptômes alarmants.

Le pronostic fatal que nous portons en présence de ces symptômes que rien ne fait rétrocéder est souvent affermi encore par les images radiologiques. Il s'agit bien souvent de lésions bilatérales, plus ou moins disséminées dans les deux champs pulmonaires, tre-indiquent toute thérapeutique active.

L'évolution se fait dans des délais très variables, et le plus souvent la mort survient dans un tableau de cachexie, et d'hecticité, signant ainsi l'exactitude du pronostic.

Cette évolution sans rétrocession des signes généraux, nous semble trop fréquente, pour qu'il soit utile de donner des observations à l'appui. Beaucoup plus intéressant nous semble le deuxième cas :

(1) Etienne BERNARD, D. KREIS et R. MICHAUT : Contribution à l'étude des tuberculoses graves. Les évolutions d'une seule tenue. (*Société d'Et. scientifiques sur la tuberculose*, séance du 8 janvier 1938.)

B - Evolution des trois éléments dans un sens favorable

Nous voici, à l'opposé, en face d'un malade présentant les symptômes suivants :

Une température anormale, plus ou moins élevée,

Une bacilloscopie positive dans les crachats ou dans les selles,

Un amaigrissement variable.

On institue chez ce malade une thérapeutique à la fois locale et générale, par exemple un pneumothorax, le plus simple des moyens collapsothérapeutiques, et qui donnent des améliorations parfois si rapides.

Sous l'influence de ces traitements, nous voyons bientôt une rétrocession des symptômes alarmants :

La température tend à redevenir normale,

La bacilloscopie n'est plus positive que par intermittence, puis il faut recourir à l'homogénéisation qui, à son tour devient négative.

Le poids augmente d'une manière permanente, et ne devient stationnaire qu'au bout d'un nombre suffisant de semaines.

En face de cette évolution favorable de tous les éléments, que pouvons-nous conclure ?

Sans aucun doute, il semble que devant cette amélioration plus ou moins rapide et, bien entendu, persistante, nous puissions poser un pronostic favorable.

La température redevenue normale, la reprise de poids, signent en effet l'arrêt de l'évolutivité lésionnelle, la mise au repos.

La négativation de la bacilloscopie, signe l'arrêt

d'activité des lésions précédemment ouvertes, et nous permet d'espérer un début de cicatrisation ; de plus le danger de dissémination est, sinon écarté, tout au moins fortement diminué.

Il est bien évident que les lésions, même si nous sommes en droit de penser à un début de cicatrisation, sont loin d'être guéries, et que nous pouvons assister à une reprise du processus évolutif.

Cependant souvent l'avenir vien confirmer le pronostic favorable que nous avons tiré de ces constatations, pronostic qui semble d'autant plus favorable que l'amélioration a été plus rapide, et surtout que les bacilles ont disparu dans un délai plus bref de l'expectoration.

Voici quelques observations :

Obs. 1. — Suzanne R... Malade âgée de 24 ans, entrée dans le service en octobre 1933. Malgré un certain degré de fatigue, d'amaigrissement, remontant à plusieurs mois, elle ne s'était jamais soignée auparavant et présentait à cette date des lésions droites assez diffuses, mais strictement unilatérales.

Son poids était de 45 kilogs.

Sa température, subfébrile, oscillait entre 37°4 et 37°8.

Enfin les examens de laboratoire se révélaient positifs.

Le 16 octobre un pneumothorax droit est institué, qui, dès le début, donne un collapsus excellent radiologiquement.

En novembre: Le poids s'élève à 47 kilogs.

La température descend, ne dépassant plus 37°4,

même le soir; seule persiste une expectoration bacillifère.

En décembre: Le poids se maintient, la température est à peu près normale, et, point extrêmement important, la bacilloscopie devient négative.

Le pneumothorax se poursuit normalement, l'amélioration persiste; la malade reste dans le service pendant plusieurs mois, pendant lesquels la température reste normale, les examens de crachats sont constamment négatifs, le poids est stationnaire, mais suffisant. Aussi, lors de son départ, le pronostic est-il tout à fait favorable.

La malade part en avril 1934 pour Angicourt, y séjourne un an, puis continue à se faire suivre régulièrement. L'amélioration a persisté et en fin 1936 elle recommence à travailler.

La guérison est complète et la reprise d'une vie active n'a provoqué aucun trouble ni aucune fatigue.

Obs. 2. — Suzanne B... La malade entre en mars 1933 à la Salpêtrière. Elle est âgée de 25 ans. Elle présente, à cette époque, des lésions excavées sous-claviculaires droites, bien limitées.

La température qui, le matin, est de 37°, s'élève le soir à 37°9.

La bacilloscopie est positive.

Le poids est de 46 kilogs, l'amaigrissement ayant été assez marqué.

On institue un pneumothorax artificiel droit le 21 mars 1933.

En mai la température est devenue presque normale, bien qu'un peu irrégulière.

La bacilloscopie est négative.

Le poids s'est élevé à 47 kg. 800.

La malade part pour un court séjour à Angicourt et là la température se régularise tout à fait.

Aussi pose-t-on un très bon pronostic devant ces symptômes favorables et surtout devant la disparition rapide des bacilles, prouvant l'efficacité du collapsus.

La malade part en novembre 1934 pour Hauteville et revient en 1935, en excellent état. Le poids s'est élevé à 54 kilogs, la température est toujours normale, la bacilloscopie négative à tous les examens.

Depuis elle mène une vie normale et sa guérison vient prouver l'exactitude du pronostic posé d'après l'évolution favorable des trois éléments: poids, température, bacilloscopie.

Obs. 3. — Andrée M. L... Malade âgée de 21 ans, à son entrée dans le service, en juin 1935, porteuse de lésions droites, sans aucune atteinte parenchymateuse à gauche.

A son entrée, elle présente :

Un poids à 48 k. 600,

Une bacilloscopie positive,

Une température peu élevée, mais irrégulière avec quelques crochets à 37°9, 38°.

On institue un pneumothorax artificiel droit. Le collapsus semble dès l'abord, efficace, et, trois semaines après :

Le poids est à 48 k. 899,

La température est normale.

La recherche des bacilles se révèle négative.

La malade part pour Bligny en juillet 1935, son état général s'améliore encore, et en décembre, à son retour :

Son poids s'est élevé régulièrement et atteint 55 kilos.

Sa température est toujours normale.

La bacilloscopie constamment négative.

Devant l'évolution favorable des trois éléments, le pronostic porté est excellent.

Et l'avenir est venu confirmer ce pronostic, car la malade, toujours suivie dans le service, est dans un état de santé extrêmement satisfaisant. Son poids s'est stabilisé à 55 kilos environ, elle n'a jamais de fièvre, les examens de crachats sont toujours négatifs, et, à la radiographie, les lésions ont disparu.

Obs. 4. — Suzanne T... Malade âgée de 26 ans, venue consulter pour de la fatigue, de la toux, un amaigrissement marqué, succédant à un accouchement normal.

En mai 1935, après un séjour très court à Ambroise-Paré, elle entre à la Salpêtrière.

L'examen révèle :

Une température oscillant entre 37° et 38°5.

Une bacilloscopie positive,

Un poids de 59 k. 100,

Enfin, à la radio, des lésions gauches, bien isolées, ne semblant pas excavées.

On institue tout d'abord un traitement à la crisalbine.

Le poids s'élève, la température baisse, et en décembre 1935 :

Le poids est à 64 k. 600,

La température va de 37° à 37°6.

Mais l'expectoration reste bacillifère ; aussi le pronostic est-il réservé. On instituera alors un pneumothorax artificiel gauche et en février 1936, le poids est monté à 68 kilos, la température devient normale et, facteur extrêmement important, la bacilloscopie est négative, et le restera continuellement.

Le pronostic, réservé tant que les expectorations étaient bacillifères, devient alors infiniment plus favorable.

La malade sort du sanatorium de Magnanville en février 1937, en excellent état et on lui permet de reprendre une vie normale.

Le pneumothorax est toujours entretenu normalement. Ici encore il semble que l'on puisse affirmer l'exactitude du pronostic que nous a fait porter l'évolution favorable du poids, de la température, de la bacilloscopie.

Obs. 5. — Allègre M... Entrée le 16 décembre 1930, à la Salpêtrière, la malade, âgée de 23 ans, était suivie à Necker depuis le mois de juillet de la même année.

Porteuse de lésions du sommet gauche, elle présentait à cette époque :

Un poids à 42 k 300,

Une température oscillant entre 38° et 38°5,

Une bacilloscopie positive.

On institue alors, en fin décembre, un pneumothorax artificiel gauche.

Presque immédiatement la température s'abaisse, le poids s'élève, et les bacilles disparaissent de l'expectoration.

En janvier 1931 :

Le poids est de 48 kilos,

La température varie entre 36°9 et 37°7,

La bacilloscopie est négative.

L'amélioration se poursuit :

En juillet : le poids est de 53 k. 600,

La température est normale, les examens de crachats constamment négatifs.

Devant l'évolution de ces éléments, on pose un pronostic favorable, pronostic qu'est venu confirmer l'avenir de cette malade.

En effet, le pneumothorax, entretenu pendant quatre ans, a été abandonné depuis 1935. La malade totalement guérie mène une vie normale, et son état de santé est excellent.

Obs. 6. -- Lucie F... Agée de 35 ans, la malade entre dans le service en février 1936.

L'examen radiologique à cette époque révèle des lésions unilatérales gauches.

La température varie entre 37°6 et 38°.

La bacilloscopie est positive,

Le poids est descendu à 54 k. 400.

En mars, institution d'un pneumothorax artificiel gauche.

L'évolution du poids et de la température se fait favorablement, et en avril, le poids est à 56 k. 600.

La température dépasse rarement 37°5.

Mais l'expectoration reste bacillifère.

En juillet, le poids s'est élevé à 61 k. 800.

La température est normale,

Enfin, pour la première fois, l'expectoration est abacillaire. Cette négativité de l'expectoration persiste. Aussi, à partir de cette période, pouvons-nous porter un pronostic des plus favorables, car les éléments : poids, température et bacilloscopie vont maintenant de pair et sont tous trois de bon augure.

La malade part en sanatorium.

En avril 1937, son poids est de 63 kilos, sa température est toujours normale, et la bacilloscopie constamment négative. Le pneumothorax est entretenu régulièrement.

En novembre, devant l'état excellent de la malade, la disparition radiologique des lésions, on l'autorise à reprendre un léger travail.

Nous voyons que le pronostic dicté par l'évolution favorable des courbes de poids, de température, de bacilloscopie, est confirmé ici non seulement par l'examen général, mais encore par l'examen radiologique.

Obs. 7. — Marguerite L. D... La malade âgée de 26 ans est entrée dans le service en avril 1935, présentant à la radiographie des lésions unilatérales gauches.

A son entrée sa température oscillait entre 37° et 38°2 ou 3,

Son poids était à 47 k. 500, poids normal aux dires de la malade,

L'examen révélait la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration.

On institue un pneumothorax artificiel gauche.

La température revient rapidement à la normale, le poids reste stationnaire. Seule l'expectoration reste positive après le premier mois de pneumo.

Elle part à Angicourt et, en août :

La température est normale,

Le poids est à 49 kilos.

La bacilloscopie est devenue négative, et le reste à tous les examens. Devant ces symptômes, il semble qu'on soit autorisé à porter un pronostic favorable.

Et, en effet, nous revoyons la malade régulièrement. Sortie en août 1936 du sanatorium elle mène depuis une vie normale, son état général est excellent et elle a repris son travail il y a un an, donnant ainsi la preuve de l'exactitude du pronostic.

Obs. 8. — Louise U... Agée de 18 ans, après une hémoptysie, entre à la Charité en décembre 1934. Après une courte période, où la malade a présenté une température à 39°, elle est envoyée à la Salpêtrière.

La température est redescendue presque à la normale, mais resta irrégulière, avec de fréquents crochets à 38°.

Le poids est à 56 k. 300.

La bacilloscopie est positive.

En février 1935, on institue un pneumothorax droit. pour lésions excavées unilatérales.

La température devient tout à fait normale,

Le poids diminue et tombe à 53 k. 400, en mars.

La bacilloscopie est négative à l'examen direct, à cette période, mais positive à l'homogénéisation.

En avril le poids est à 52 k. 900, mais la bacilloscopie est devenue négative.

En mai, la chute de poids cesse, et il y a même ascension pondérale.

A ce moment, la malade part pour les Ombrages. Que dire, au point de vue pronostic ? La chute de poids fréquemment rencontrée au début d'un pneumo ayant cessé, la bacilloscopie étant devenue négative, la température étant normale, il semble que nous puissions porter un pronostic favorable.

Et en effet, nous suivons cette malade depuis sa sortie de sanatorium régulièrement, en mai 1936, en octobre, en avril 1937 ; son état général est excellent, et la radiographie, le pneumo étant abandonné depuis plusieurs mois, ne révèle aucune trace des lésions anciennes.

Nous voyons donc que dans toutes ces observations, le pronostic que nous avons posé en constatant l'évolution dans un sens favorable des trois éléments : poids, température, bacilloscopie, a été confirmé par l'avenir.

Il semble même que plus a été rapide l'amélioration, et surtout la négativité de la bacilloscopie, plus nous pouvons nous montrer optimistes.

EN RÉSUMÉ. — De l'étude des courbes de poids, de température, de bacilloscopie, nous pouvons tirer un pronostic presque certain lorsque l'évolution se fait dans le même sens pour les trois éléments.

Quel renseignement pouvons-nous tirer, au contraire, de l'étude de ces éléments, lorsqu'ils évoluent dans des sens opposés ?

EVOLUTION DES COURBES DE POIDS, DE TEMPERATURE, DE BACILLOSCOPIE, DANS DES SENS OPPOSES

Ne considérant que les cas où un seul élément est déficient, les deux autres étant favorables, nous envisagerons donc, successivement, les problèmes posés par les malades chez lesquels persiste :

A. — Une bacilloscopie positive, alors que le poids est satisfaisant, et la température normale.

B. — Une température anormale et irrégulière alors que le poids est normal et la bacilloscopie négative.

C. — Une déficience pondérale, alors que la température est normale et que la bacilloscopie est négative.

A. — La bacilloscopie reste positive

Voici quelques observations, dans lesquelles seul cet élément est resté défavorable. Voyant ce que sont devenues ces malades, nous tâcherons d'en retirer des renseignements capables de nous permettre d'établir un pronostic dans des cas semblables, ultérieurement.

Obs. 9. — Celia M... La malade âgée de 37 ans, entre dans le service le 15 mai 1935. Elle présente à ce moment

des lésions droites, avec spéléonque sous-claviculaire ; le parenchyme du côté opposé est normal.

De plus cette malade a une expectoration bacillifère.

Sa température est un peu au-dessus de la normale, 37°6, 37°9 le soir.

Son poids est de 45 k. 800.

On institue un pneumothorax artificiel droit. L'état général s'améliore rapidement. En juin la température s'est tout à fait régularisée, le poids atteint 47 k. 300. Seule persiste l'expectoration bacillifère.

En septembre le poids atteint 49 k. 100, la température est toujours à 36°8 le matin, à 37°1 le soir. Mais les bacilles sont retrouvés dans les crachats à chaque examen.

Aussi, malgré cet état général excellent, nous ne pouvons poser qu'un pronostic réservé. Et, en effet, brusquement, sans aucune atteinte appréciable de l'état général, en décembre, survient une hémoptysie, puis une reprise du processus évolutif, dans le même poumon. La température redevient anormale, et la malade meurt en février 1936, après une période d'hecticité et d'amaigrissement considérable.

Obs. 10. — Emilienne L... Cette malade âgée de 22 ans, entre dans le service venant d'Hauteville.

Porteuse de lésions unilatérales droites, elle a un pneumothorax droit depuis le mois de juin 1936, Malgré un bon collapsus, l'expectoration est toujours restée bacillifère.

A son arrivée, elle pèse 46 k 700,

Sa température est normale.

Son état général s'améliore encore, dès le début de son séjour.

En mars 1937, son poids atteint 48 k. 500,

En avril, 49 k. 300.

Devant cette ascension pondérale, ascension qui se poursuit encore les mois suivants, devant cette température normale et régulière, on est tenté de poser un pronostic assez favorable. Mais constamment les examens de crachats se montrent positifs, prouvant que le foyer reste toujours ouvert, facilitant la dissémination.

Aussi nous ne pouvons être que très réservés en ce qui concerne l'avenir.

En juin 1937, reprise de la fièvre, de l'amaigrissement.

On fait une radiographie, qui nous montre la bilatéralisation, avec des lésions diffuses à gauche. Aucune intervention n'est possible, et la malade meurt quelques semaines après, en fin juillet 1937.

Obs. 11. — Séraphine L. T., 21 ans. La malade entre pour la première fois dans le service en mai 1934. Elle présente des lésions gauches, unilatérales, pour lesquelles un pneumothorax artificiel a été institué quelques semaines auparavant, en mars 1934. Le collapsus semble bon.

A son entrée, son poids est de 49 k. 600,

Sa température, irrégulière, oscille entre 37 et 38,

L'expectoration est bacillifère.

Rapidement l'état général s'améliore. En juin 1934, sa température étant redevenue normale, son poids s'étant élevé, elle sort sur sa demande, en effet, on ne pouvait l'y autoriser, l'amélioration étant trop nouvelle, et surtout la bacilloscopie restant positive.

Se sentant en bon état, elle retravaille, mais malgré le pneumo, elle fait une nouvelle poussée évolutive, qui la force à entrer dans le service en octobre 1934; sa température est à 37°4, 38°5 environ.

Son poids est tombé à 46 k. 600. Des bacilles sont trouvés à chaque examen. En novembre *la température est redevenue normale*, le *poids s'est élevé* à 50 k. 500 ; l'état

s'améliore encore pendant les mois suivants, mais la *bacilloscopie persiste positive*.

Pendant de longs mois, plus d'un an, la malade mène une vie normale. Bien portante en apparence, elle travaille, crachant sans cesse des bacilles. Le pronostic, malgré cet état général excellent, est bien réservé, car il faut sans cesse craindre la reprise possible du processus évolutif, devant ces bacilloscopie toujours positives.

Et en juin 1936, la malade nous revient, fébrile et amaigrie. Les clichés montrent une infiltration diffuse à droite malgré le repos, les symptômes ne s'amendent pas totalement, la malade traîne, et finit par mourir dans le service en décembre 1937.

Obs. 12. — Suzanne Q. H... Agée de 28 ans, cette malade entre dans le service en mars 1934, ayant à la radiographie, une lobite supérieure droite excavée.

La température, très élevée est à 39°, 40°,

Le poids est à 51 kilos,

La bacilloscopie est positive.

On institue en avril 1934 une pneumothorax artificiel droit.

L'état général s'améliore extrêmement rapidement.

En mai, la température est descendue à 37°38,

Le poids est monté à 53 k. 200.

En juin, la température devient normale,

Le poids atteint 54 k. 900.

Seule persiste comme élément défavorable, une bacilloscopie constamment positive.

Dans les mois suivants l'état général reste excellent ; absence totale de fièvre, poids qui est à 63 kilos lors de son départ à Hauteville.

Elle reste à Hauteville jusqu'en juin 1935 et, à sa sor-

tie, elle pèse 70 kilos, est apyrétique, mais crache toujours des bacilles.

Son état demeure stationnaire pendant plus d'un an. Cependant le pronostic apparaît comme devant être réservé, étant donné la persistance des bacilles. Pronostic corroboré, malheureusement, car elle rentre dans le service en septembre 1936 avec une température à 38° , $38^{\circ}5$, un poids de 47 k. 800. Reprise d'une évolution qui se fait sans rémission vers la mort, après un an, en juin 1937.

Obs. 13. — Catherine T..., âgée de 36 ans. Elle entre dans le service, en août 1935, pour lésions bi-apicales à tendance fibreuse à droite, mais excavées à gauche. A son entrée son poids est de 48 kilos.

Sa température oscille entre 38° et $38^{\circ}3$,

La bacilloscopie est positive.

On institue un traitement général. Sous l'influence du repos, de la thérapeutique, les signes généraux s'amendent assez rapidement.

En octobre 1935, la température est à 37° , $37^{\circ}5$,

Le poids est de 49 kilos,

La bacilloscopie est toujours positive.

Le mois suivant, la malade est devenue totalement apyrétique.

Cette amélioration persiste pendant plusieurs mois. En même temps que le poids se maintient stationnaire, normal, il y a une absence totale de fièvre. Ces symptômes nous inclineraient à un certain degré d'optimisme, si la continuelle présence de bacilles dans l'expectoration ne nous incitait à réserver le pronostic.

En février 1936, brusquement, il y a reprise d'un état fébrile accompagné d'amaigrissement. Cette évolution se poursuivra, et la malade mourra en mars 1936 après une phase d'hecticité.

Obs. 14. — Blanche B... Entrée dans le service en février 1936; elle est âgée de 26 ans. Porteuse de lésions gauches assez limitées, non excavées, et strictement unilatérales, elle présente:

Une température à 37°6, 37°8,

Un poids de 53 k. 200,

Une bacilloscopie positive.

On la met à un traitement général, et assez vite se produit une amélioration au point de vue du poids et de la fièvre.

En avril elle est devenue apyrétique, ne dépassant jamais 37°4 et a atteint un poids de 54 k. 500. Mais les examens de crachats se révèlent constamment positifs.

L'amélioration de l'état général augmente encore, et au moment de son départ au sanatorium d'Asnières, elle pèse 57 k. 600, et n'a jamais de fièvre.

Le pronostic paraîtrait assez bon, si la persistance des bacilles ne venait l'assombrir.

En sanatorium son état demeure excellent; et ceci pendant de longs mois.

Mais au mois de mai 1937, il y a brusquement reprise de la fièvre, en peu de jours la malade perd plusieurs kilos. Et, lorsqu'elle entre dans le service, c'est avec une température hectique.

La grande étendue des lésions entrave toute thérapeutique active, et le décès survient un mois plus tard, en juin 1937.

Obs. 15. — Marie P... Agée de 41 ans, est entrée à Beaujon en mai 1935.

Ayant à la radiographie des lésions excavées au sommet gauche, et une très légère infiltration au sommet droit, elle présente :

Une température à 37°, 37°9,

Un poids à 44 kilos,

Une bacilloscopie positive.

En juin 1935, on lui fait une phrénicectomie gauche.

La température diminue rapidement, quelques jours après elle ne dépasse plus $37^{\circ}5$, le poids s'élève peu, mais la malade n'avait, dit-elle pas maigri. Cependant l'expectoration reste bacillifère.

L'état général s'améliore encore et lorsque la malade part en sanatorium, c'est dans un excellent état ; mais le pronostic reste pourtant réservé, du fait de la présence constante des bacilles.

Après un long séjour en sanatorium, elle rentre chez elle dans un état toujours aussi satisfaisant, et crachant perpétuellement des bacilles.

Ce n'est que deux ans plus tard en novembre 1937 que la malade voit son état décliner, brutalement elle maigrit, a une température un peu instable, et entre dans le service ; elle meurt très rapidement, n'ayant eu vraiment de la fièvre que dans les six jours qui ont précédé sa mort, survenue en décembre 1937.

Obs. 16. — Louise F... La malade, âgée de 53 ans, entre dans le service en octobre 1935. Présentant des lésions du sommet droit assez localisées, et un parenchyme gauche sain, on institue un pneumothorax artificiel droit.

Avant la collapsothérapie, elle avait :

Une température à $38^{\circ}2$ le soir, normale le matin,

Un poids de 38 k. 600.

Une bacilloscopie positive.

Un mois après l'institution du pneumothorax, c'est-à-dire en novembre 1935, la température est redevenue normale, le poids est en ascension ; seule persiste la positivité de la bacilloscopie.

L'amélioration de l'état général se poursuit pendant les mois suivants.

En mars 1936, l'apyrexie est toujours complète, le poids est à 42 k. 500, poids normal de la malade.

En mai elle rentre chez elle, en excellent état, mais crachant toujours des bacilles, et revient régulièrement se faire insuffler.

Le pronostic immédiat semble assez bon, étant donnés l'absence de fièvre, le poids suffisant, mais l'avenir est plus réservé par suite de la persistance des bacilles.

Et, en effet, ne voyant plus cette malade depuis quelque temps, nous avons appris son décès, chez elle, en juillet 1937, à la suite d'une reprise de l'évolution, et de l'extension des lésions.

EN RÉSUMÉ. — De ces quelques observations, que pouvons-nous conclure ? Ceci : c'est que le pronostic doit être très réservé, lorsque la bacilloscopie persiste positive, même alors que la température est redevenue normale, le poids suffisant.

Nous ne pouvons fixer aucun pronostic précis. Il est évident, en effet, qu'à côté de ces malades à bacilloscopie positive qui meurent dans un laps de temps relativement court, ne dépassant pas deux ou trois ans, nous en rencontrons parfois d'autres qui, leurs lésions étant stabilisées, vivent de longues années en parfaite santé, tout en continuant à cracher des bacilles. Même après ces longues années, nous ne pouvons cependant à aucun moment les considérer comme guéris. La persistance de la bacilloscopie prouve que, même si les lésions ne sont plus évolutives, elles constituent de véritables réservoirs de bacilles ; et bien souvent, nous assisterons à la reprise de l'évolution, ou à une dissémination des bacilles.

Soyons donc très réservés dans l'établissement du pronostic, lorsqu'il s'agit d'un malade continuant à cracher des bacilles, même si par ailleurs son état est satisfaisant, même s'il est florissant.

B. — La température reste anormale

Beaucoup moins fréquents sont les cas où la température reste anormale alors que la bacilloscopie est négative, et que le poids est suffisant.

Il est bien évident qu'avant tout nous ne considérons que l'instabilité thermique due à la tuberculose elle-même.

En effet, on sait la fréquence des légères élévations thermiques dues, par exemple, à un disfonctionnement glandulaire. Il faudra donc écarter toutes ces causes d'erreur.

Voici quelques observations. Que pourrions-nous en conclure ?

Obs. 17. — Mathilde J... La malade, âgée de 29 ans, entre à Laennec, en mars 1937, pour lésions tuberculeuses unilatérales droites.

Le poids était descendu à 48 kilos.

La température oscillait entre 38° et 39°.

L'expectoration était bacillifère.

A cette date on institue un pneumothorax artificiel droit.

Le collapsus apparaît efficace dès le début. Un mois après : c'est-à-dire en avril, le poids était remonté à 50 kilos.

Les bacilles avaient disparu de l'expectoration.

Devant ces symptômes favorables, et surtout cette négativité rapide de la bacilloscopie, on était tenté de poser un assez bon pronostic.

Mais il persistait une température anormale, irrégulière, atteignant le soir 38°, 38°5. Elle est alors transférée à la Salpêtrière.

Pendant plusieurs mois, ces signes persistèrent ; amélioration pondérale, d'une part, bacilloscopie négative d'autre part. La courbe thermique, un peu moins élevée, se maintenait continuellement entre 37°2 et 38°.

Aussi il semblait que le pronostic dut être très réservé. Et effectivement, brusquement, en juillet 1937, la malade a recommencé à maigrir, les bacilles ont réapparu dans les crachats.

Un cliché radiographique nous a prouvé la bilatéralisation des lésions ; l'état général a rapidement périclité, et la malade est morte deux mois après.

Dans cette observation, nous constatons que seule la température anormale traduisait la bilatéralisation au début et que malgré la bacilloscopie négative, malgré l'engraissement, ce seul symptôme défavorable devait nous faire réserver le pronostic, ainsi que l'avenir l'a prouvé.

Obs. 18. — Jeanne G... En novembre 1934, la malade, âgée de 28 ans, entre dans le service. Présentant à ce moment une infiltration diffuse sous-claviculaire droite non excavée, on institue un traitement général.

A son entrée son poids était descendu à 35 k. 800,

Sa température oscillait entre 37° et 38°,

Et de plus les examens de crachats s'étaient révélés positifs. Sous l'influence du repos et de la thérapeutique, le poids se relève rapidement, passant à 39 kilos en janvier 1935, et 44 k. 400 en février.

Les bacilles deviennent plus rares. En février, il faut

recourir à l'homogénéisation, le résultat étant négatif à l'examen direct.

L'homogénéisation devient à son tour négative en mars, période où le poids atteint 46 k. 600.

En face de ces symptômes favorables, un seul élément discordant : la température ; celle-ci reste irrégulière, légèrement au-dessus de la normale. Elle atteint tous les soirs 37°7, 37°8.

La malade à ce moment rentre chez elle. Quel pronostic poser ?

Le poids est plus que suffisant, les examens de crachats sont toujours négatifs ; mais la persistance de cette fébricité, bien que peu élevée, doit, nous semble-t-il, faire réserver l'avenir.

La malade reste un an chez elle, toujours dans le même état ; elle revient dans le service en mai 1936, ayant brusquement maigri, sa température est à 39°, on trouve à nouveau des bacilles dans les crachats.

Et, venant à l'appui de notre pronostic, la malade décède en août 1936.

Obs. 19. — Charlotte J... Malade âgée de 47 ans, porteuse de lésions unilatérales droites excavées pour lesquelles on a institué un pneumothorax, en décembre 1934.

A ce moment elle présentait :

Un amaigrissement considérable de 10 kilos, le poids normal de 52 kilos étant descendu à 42 kilos.

Une température irrégulière, entre 37°9 le matin et 39° le soir.

Une bacilloscopie positive.

Le collapsus semble d'emblée efficace, et peu de temps après :

Le poids est remonté à 52 kilos,

La bacilloscopie est devenue négative,

Mais il persiste une température instable, anormale.

Pendant près d'un an et demi, l'état reste stationnaire. Cependant, il semble qu'il nous faille être très réservé dans l'établissement du pronostic, malgré ces deux signes favorables, poids suffisant et bacilloscopie négative, en face de la persistance d'un élément déficient.

En septembre 1936 devant un léger amaigrissement, la malade rentre dans le service. La bacilloscopie est toujours négative, mais la température s'élève, le poids continue à descendre.

En novembre il y a réapparition de bacilles dans les crachats, et la maladie va continuer à évoluer défavorablement, jusqu'au décès qui a eu lieu en juillet 1937.

Nous voyons qu'ici encore, l'avenir est venu corroborer le pronostic que la constatation de la persistance d'une température anormale et surtout instable, nous avait fait porter.

Obs. 20. — Jeanne P... Entrée le 8 mars 1934 dans le service pour lésions sous-claviculaires gauches, la malade âgée de 35 ans, présentait les symptômes suivants :

Une température oscillant entre 37° et 39°,

Un poids à 38 kilos,

Une bacilloscopie positive.

On institue un traitement général, et le mois suivant :

Le poids est à 42 kilos, et surtout,

La bacilloscopie est négative, et le restera aux examens successifs.

Seule la température se maintient à environ 38° le soir. Les mois suivants l'augmentation de poids se poursuit, et à sa sortie, en juillet, il a atteint 46 k. 800.

Chez elle, elle recommence à travailler. Mais constamment, elle reste subfébrile. Aussi, malgré le poids favorable, malgré l'absence de bacilles à tous les examens, le pronostic demeure-t-il très réservé.

Et, en effet, en septembre 1935, la malade revient dans le service, ayant maigri de 15 kilos, la température s'étant élevée à 39°.

L'expectoration est redevenue bacillifère, et la malade meurt en octobre 1935, cachectique, et avec une température voisine de l'hecticité.

Il semble que de ces quelques observations il nous soit possible de tirer la conclusion suivante :

C'est que le pronostic devra être réservé dans tous les cas où la température persistera anormale, instable, même si l'évolution du poids et de la bacilloscopie a été infiniment favorable. (Nous devons signaler que nous n'avons pas procédé à la recherche des bacilles par lavage d'estomac et examen des fèces.)

Il est bien entendu, qu'il ne s'agit ici que de la fébrilité due à la tuberculose, et qu'il faut avant tout écarter les causes d'erreur. Il est bien évident que nous ne pourrions accorder aucune valeur pronostique à cette température anormale, si elle devait être rapportée, à une autre cause que l'atteinte pulmonaire.

La négativité de la bacilloscopie pourra nous faire espérer la fermeture du foyer précédemment ouvert dans les bronches.

Le poids ascendant nous prouve que l'état général devient meilleur sous l'influence du repos, du traitement.

Mais la température restant irrégulière doit nous faire craindre une activité lésionnelle, si légère soit-elle, activité relevant soit du foyer que nous suppo-

sions en voie de cicatrisation, soit d'une lésion controlatérale.

Parfois même, cette fièvre persistante ne sera, comme dans plusieurs des observations ci-dessus, que le premier signe de la reprise de l'activité de la lésion elle-même. Et dans ce cas, au bout de quelque temps nous pourrons voir les examens de crachats redevenir positifs, l'amaigrissement réapparaître.

Il est évident qu'à l'opposé, nous pourrons rencontrer des malades vivant depuis des années avec une température instable. Mais même si nous ne devons pas considérer les faits sous un angle toujours aussi sévère, il n'en est pas moins vrai que nous devons nous montrer très réservés, au point de vue pronostic, tant que la température ne s'est pas tout à fait stabilisée.

C. — Le poids reste déficient

Il nous reste maintenant à envisager les cas où le poids demeure seul déficient, en face d'une bacilloscopie devenue négative, et d'une courbe thermique normale.

Assez peu nombreux sont les exemples, d'une part ; d'autre part, nous devons mettre à l'écart, comme ne pouvant nous donner de renseignements précis en vue d'établir un pronostic, les cas où une variation de la courbe pondérale a suivi une intervention comme une collapsothérapie. Nous savons en effet la fréquence des amaigrissements succédant par exemple à un pneumothorax thérapeutique, amaigrisse-

ments qui se prolongent pendant de longues semaines, parfois, et qui ne permettent en rien de présager de la plus ou moins grande utilité de la collapsothérapie. Ces chutes pondérales qui semblent dues à un déséquilibre passager de l'organisme, se produisent, en effet, très souvent alors même qu'il s'agit d'excellents pneumos, devant donner plus tard des résultats satisfaisants. En général, dans ce dernier cas, le poids redevient ascendant au bout d'un temps variable.

Voici quelques observations :

Obs. 21. — Suzanne D... La malade âgée de 28 ans, entre dans le service en août 1936. Porteuse de lésions droites, assez diffuses, mais non excavées, elle présente à ce moment :

Une température à 38°,

Un poids à 40 kilos, chiffre atteint après un amaigrissement de 4 ou 5 kilos,

Une bacilloscopie positive.

Cette malade est mise au repos; sous l'influence de ce dernier et de la thérapeutique, une amélioration se produit rapidement.

Au début du mois de septembre, la fièvre baissait régulièrement, et l'apyrexie était complète environ quinze jours après. En même temps les bacilles devenaient plus rares, et le 15 septembre, pour la première fois, l'examen des crachats se montrait négatif.

Mais en même temps que ces deux éléments devenaient favorables, on ne pouvait noter qu'une chute de plus en plus grande du poids.

Elle rentre chez elle, pesant alors 38 k. 500. Sa température reste normale, son expectoration est constam-

ment abacillaire, et cependant la chute pondérale persiste. De courtes augmentations, sont suivies de pertes beaucoup plus intenses.

Aussi, malgré deux éléments favorables, il semble que le pronostic doive être réservé.

Pendant plusieurs mois ces signes persistent, mais, brusquement, en février 1937, la température remonte de plusieurs degrés, forçant la malade à rentrer dans le service. Son poids est descendu à 36 kilos, les bacilles réapparaissent dans les crachats.

Ces symptômes persistent, et la malade meurt en août 1937, venant appuyer la réserve que nous avait amener à formuler la persistance du poids déficient.

Obs. 22. — Marie C... En mars 1936, cette malade vient consulter dans le service. A l'examen on lui trouve une infiltration bilatérale, diffuse.

Sa température est entre 37° et 38°,

Son poids a atteint 37 kilos, à la suite d'un amaigrissement intense,

Enfin la bacilloscopie s'est révélée positive.

Ne pouvant envisager une collapsothérapie, on met la malade à un traitement général.

Rapidement les symptômes s'amendent, et en mai :

La température ne dépasse plus 37°4,

Les bacilles ont disparu de l'expectoration.

Mais l'amaigrissement persiste, et, à cette même date, le poids est de 35 kilos.

L'état reste stationnaire pendant près d'un an. Et pendant toute cette longue période, alors que la température n'a pas cessé d'être normale, alors qu'aucun examen de l'expectoration ne s'est révélé positif, la malade a continué à maigrir ; la courbe pondérale est instable ; les quelques périodes où l'on a pu noter une légère aug-

mentation de poids, ont été suivies de chutes plus considérables.

L'avenir de cette malade est donc obscurci, malgré l'apyrexie, malgré la bacilloscopie négative. Et, en effet, nous voyons cette inquiétude s'affirmer encore lorsque la malade est obligée d'entrer dans le service, en avril 1937.

A nouveau la température s'est élevée à 38°, les bacilles ont réapparu.

La malade meurt en septembre 1937, totalement cachectique.

Obs. 23. — Andrée T... Agée de 24 ans, la malade vient dans le service en décembre 1936. On trouve, à l'examen radiologique des lésions minimes du sommet gauche non excavées.

La température de 37° le matin, s'élève le soir à 38°,
Le poids est de 53 k. 100,

La bacilloscopie est positive.

Sous l'influence d'un traitement général, en février 1937, la température est redevenue normale, le poids a atteint 55 kilos, les bacilles sont encore retrouvés à l'examen direct.

L'amélioration se poursuit, et en mars, l'expectoration est devenue abacillaire et l'apyrexie est complète.

Le pronostic deviendrait tout à fait favorable si, à ce moment, la chute pondérale ne se reproduisait pas. Mais rapidement nous assistons à la perte des quelques kilos que les premières semaines de repos avaient fait acquérir.

En juin, la malade ne pèse plus que 50 kilogs. Aussi le pronostic reste-t-il sombre, bien que les deux autres éléments se montrent tout à fait favorables. En août le poids n'est plus que de 47 kilogs, et, à cette date,

elle entre à nouveau à l'hôpital, la fièvre ayant repris.

Les examens de crachats sont positifs.

L'évolution se poursuit sans rétrocession, et le décès se produit en octobre 1937.

Obs. 24. — Yvonne G..., 15 ans. Entrée dans le service en mai 1933; elle avait, à cette époque, des lésions gauches non excavées.

La bacilloscopie était positive.

La température oscillait entre 37 et 39°.

Le poids était à 38 kg. 850.

La malade est d'abord mise à la crisalbine, mais les lésions s'étant aggravées, on institue, quelques mois plus tard, une collapsothérapie.

Le pneumothorax paraît efficace dès le début.

En février 1934 le poids a atteint 43 kg. 500.

L'apyrexie est complète.

L'homogénéisation seule est positive.

Le mois suivant, à son tour, cet examen devient négatif. Le pronostic semble alors devenir favorable.

Mais, alors que l'apyrexie persiste, que tous les examens de crachats continuent à être négatifs, la malade commence à maigrir. Au début son poids est surtout instable; cependant les augmentations de poids ne compensent jamais les chutes.

En janvier 1933 le poids est de 42 kilogs. Cependant le collapsus est toujours excellent et les autres symptômes sont favorables.

Les clichés montrent la bilatéralisation des lésions, bilatéralisation que seule la déficience pondérale devait nous faire redouter. Le poids descend jusqu'en juin 1935, et ce n'est qu'à ce moment qu'il y a réapparition de la fièvre et de la bacilloscopie.

Un pneumothorax est commencé à droite, mais après une courte amélioration, il y a une reprise de l'évolution et la malade meurt environ un an après.

Il semble donc, d'après ces quelques observations que l'on doive se montrer réservé au point de vue pronostic, lorsque le poids reste insuffisant et surtout lorsque la chute pondérale persiste régulièrement, alors même que les autres éléments sont favorables.

Nous avons mis à part ces amaigrissements succédant immédiatement à la collapsothérapie, parce qu'ils sont sans valeur pronostique. De même il ne faudra naturellement jamais considérer comme favorable une augmentation de poids qui, survenue au début d'une hospitalisation ou d'une cure sanatoriale, ne se sera pas prolongée au-delà de plusieurs semaines.

Cependant si, bien souvent, un amaigrissement nous prouve que l'organisme est encore déficient et doit nous faire craindre une aggravation lésionnelle, il n'en est pas moins vrai que nous pouvons nous trouver en présence de tuberculeux guéris et restés très maigres ; mais leur poids est stationnaire, ne subissant pas, en général, ces variations, inquiétantes lorsqu'elles n'ont d'autres raisons apparentes que l'état pulmonaire.

Ne soyons donc pas trop pessimistes, mais restons cependant réservés, quand au décours d'une poussée évolutive qui semble terminée au point de vue de la température et de la bacilloscopie, la chute pondérale persiste.

CONCLUSIONS

Si le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, grâce à des moyens techniques de plus en plus perfectionnés, a acquis dans ces dernières années un haut degré de précocité, de précision et de certitude, les éléments que nous possédons pour asseoir le pronostic sont en général moins puissants et moins solides.

L'examen clinique, et d'une façon particulière l'étude radiologique par la comparaison d'un examen avec un examen antérieur, est une donnée évidemment **précieuse**.

Parmi les piliers du pronostic, trois notions ont depuis longtemps retenu l'attention des observateurs: la courbe thermique, la courbe pondérale, la courbe bacilloscopique.

Il n'y a pas lieu de donner la prééminence à l'une ou à l'autre; l'étude de chacune d'elles apporte au médecin un document d'une très haute valeur.

Nous avons voulu montrer que, si la valeur accordée à chacun de ces éléments pris séparément était grande, l'examen comparatif de ces trois éléments considérés *conjointement* avait un intérêt pronostique plus décisif encore.

Lorsque ces trois éléments vont de pair dans un

sens favorable, le pronostic est bon, apparemment et réellement.

Lorsque ces trois éléments vont de pair dans un sens défavorable, le pronostic est mauvais, apparemment et réellement.

Mais surtout, nos observations permettent de constater que le pronostic ne peut être bon si un de ces éléments est défavorable, alors même que les deux autres donnent satisfaction.

Exemples : lorsque la température est normale et le poids en augmentation, le pronostic est en apparence favorable ; mais si la bacilloscopie se maintient positive, ce pronostic en réalité est finalement mauvais.

Si la température est anormalement élevée, ou si le poids est déficitaire, alors même que les deux autres éléments du pronostic sont normaux, là encore nous assistons tôt ou tard à une évolution défavorable.

D'ailleurs si un élément péjoratif est tout d'abord isolé, il ne tarde pas, dans beaucoup de cas, à être rejoint par l'un ou les deux autres éléments, précisant ainsi l'impression défavorable du pronostic.

Vu :
LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMEUILLE. — Le pronostic de la tuberculose pulmonaire. (*Pratique Médicale Française*, 1925.)
- ARNAUD. — L'avenir des tuberculeux. (*Presse Médicale*, 12 octobre 1935.)
- ARTHAUD. — Etude sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire et sur les procédés cliniques qui servent à l'établir. (*Congrès de la Tuberculose*, 1893.)
- Etude sur la marche thermique dans la tuberculose. (*Progrès Médical*, 1898.)
- BERGERON et MÉZIÈRE. — Activité de certaines lésions tuberculeuses en apparence stabilisées révélée par la culture des expectorations. (*Revue de la Tuberculose*, 1935.)
- BERNARD (Etienne), KREIS (D.) et MICHAUT, — Contribution à l'étude des tuberculoses graves, les évolutions d'une seule tenue. (*Société d'Etudes scientifiques sur la tuberculose*, 8 janvier 1938.)
- BERNARD (Léon). — La tuberculose pulmonaire. (Paris, 1925.)
- Les éléments du pronostic chez les tuberculeux pulmonaires. (*Journal Médical Français*, 1913.)
- Tuberculose pulmonaire et expectoration bacillifère. (*Paris Médical*, 1925.)
- BERTHIER. — Valeur pronostique de l'expectoration bacillaire. (*Revue de la tuberculose*, 1902.)

- BERTIN. — Pronostic général de la tuberculose pulmonaire chronique. (*Traité de Pathologie médicale.*)
- BEZANÇON. — Fièvre et tuberculose pulmonaire. (*Annales de Médecine*, 1924.)
- BEZANÇON et DE SERBONNES. — Caractères généraux des poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique. (*Société Médicale des Hôpitaux*, mars 1910.)
- BEZANÇON et ROLLOT. — Valeur des variations morphologiques du B. K. au point de vue du diagnostic et du pronostic de la tuberculose pulmonaire. (*Revue de la Tuberculose*, 1921.)
- BOUDREAUX. — Contribution à l'étude de la fièvre dans la tuberculose pulmonaire. (*Thèse*, Paris, 1904.)
- BRAUN. — Formes cliniques et pathogénie des foyers pneumoniques tuberculeux. (*Thèse*, Paris, 1911.)
- BUC. — Les vrais symptômes de la caverne pulmonaire. (*Bulletin Médical*, 1933.)
- BURNAND. — Sur le pronostic et l'évolution des diverses formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire. (*Revue de la Tuberculose*, 1921.)
- De la fièvre à forme ondulante. (*Annales de Médecine*, 1919.)
- CARNOT. — L'obésité tuberculeuse. (*Bulletin Médical*, 1906.)
- CHRÉTIEN. — Essai clinique et expérimental de la fièvre chez les tuberculeux. (*Thèse*, Paris, 1896.)
- COLBERT. — Le pronostic dans la tuberculose. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1921.)
- COSSET. — Considérations sur le poids des tuberculeux curables. (*Thèse*, Paris, 1901.)
- DARMEZIN. — Des variations de poids dans la tuberculose pulmonaire chronique. (*Thèse*, Lyon, 1901.)

- DUMAREST. — Quelques réflexions sur la curabilité de la tuberculose pulmonaire. (*Revue de la Tuberculose*, 1923.)
- FOURÈS. — Contribution à l'étude des cavernes du poumon et de leur traitement par le pneumothorax. (*Thèse*, Paris, 1932.)
- GASSIN. — Influence de la fatigue et du repos sur la température des tuberculeux. (*Thèse*. Bordeaux, 1905.)
- GUINARD. — Avenir éloigné de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse*, Paris, 1925. Librairie Arnette.)
- JACCOUD. — Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire. (Paris, 1881.)
- LABREVOIT. — Tuberculose et adipose. (*Thèse*, Paris, 1906.)
- LANDOUZY. — De la fièvre infectieuse tuberculeuse aiguë. (*Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1886.)
- LEMOINE. — Les phtisiques gras. (*Semaine Médicale*, 1900.)
- LETULLE. — Phtisiothérapie. Cure d'aliments à l'hôpital. (*Presse Médicale*, 1900.)
- MANGIN-BOCQUET. — La fièvre dans la tuberculose et particulièrement de la fièvre hectique. (*Thèse*, Paris, 1896.)
- MANTOUX. — Les réactions thermiques chez les tuberculeux pulmonaires et leur interprétation clinique. (*Revue de la Tuberculose*, octobre, 1907.)
- MARTIN. — Les phtisiques gras. (*Thèse de Lille*, 1900.)
- MIGNOT et MOLLARD. — Les éléments du pronostic dans la tuberculose pulmonaire chronique. (*Monde Médical*, 1935.)
- PIERY. — La tuberculose pulmonaire.
- PUY. — De la fièvre chez les tuberculeux. (*Thèse*, Paris, 1905.)

- ROUSSY. — Etude clinique de la fièvre chez les tuberculeux. (*Thèse*, Lyon, 1891.)
- SERGEANT. — Les éléments du pronostic dans la tuberculose pulmonaire. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*.)
- SEYTRE. — La fièvre des tuberculeux et son traitement. (Paris, 1901.)
- TAILLENS. — Pronostic de la tuberculose pulmonaire. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1915.)
- WEIL. — De la fièvre intermittente bénigne tuberculeuse. (*Province Médicale*, 1891.)
- WOLFF. — Les modifications du poids dans la tuberculose pulmonaire en voie de guérison. (*Presse Médicale*, 1898.)



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



